AÑO 1911. Núm. 2407.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINUSITIS CRÓNICA ETMOIDAL

(EMPIEMA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO RIVAS JORDÁN

Ex-practicante externo de la Asistencia Pública y del Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas. 1903 - 1904 - 1905.
Ex-practicante interno, de la Prisión Nacional. 1908 - 1909.
Ex-practicante externo del Hospital San Roque. 1907 - 1909.
Ex-practicante interno, menor y mayor por concurso del Hospital Militar Central. 1907 - 1909.
Cirujano (en comisión) de la Sanidad Militar desde 1909.

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

SINUSITIS CRÓNICA ETMOIDAL

(EMPIEMA)

AÑO 1911. Núm. 2407.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINUSITIS CRONICA ETMOIDAL

(EMPIEMA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO RIVAS JORDÁN

Ex-practicante externo de la Asistencia Pública y del Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas. 1903 - 1904 - 1905.
Ex-practicante interno, de la Prisión Nacional. 1908 - 1909.
Ex-practicante externo del Hospital San Roque. 1907 - 1909.
Ex-practicante interno, menor y mayor por concurso del Hospital Militar Central. 1907 - 1909.
Cirujano (en comisión) de la Sanidad Militar desde 1909.

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Pedro Lagleyze

Vice-Presidente

Dr. D. Roberto Wernicke

Miembros titulares

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Jacob de Tezanos Pinto
3. » » Eufemio Uballes
4. » » Pedro N. Arata
5. » » Roberto Wernicke
6. » » Pedro Lagleyze
7. » » José Penna
8. » » Luis Güemes
9. » » Eliseo Cantón
10. » » Enrique Bazterrica
11. » » Antonio C. Gandolfo
12. » » José M. Ramos Mejía
13. » » Daniel J. Cranwell
14. » » Horacio G. Piñero
15. » » Juan A. Boeri
16. » » Angel Gallardo
17. » » Carlos Malbran
18. » » M. Herrera Vegas
19. » » Angel M. Centeno
20. » » Francisco A. Sicardi
21. » » Diógenes Decoud
22. » » Baldomero Sommer
23. » » Francisco F. Davel

Secretario

Dr. D. Daniel J. Cranwell

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. Enrique Bazterrica

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
» » Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Baldomero Sommer
» » G. Aráoz Alfaro
» » José R. Semprun
» » Abel Ayerza
» » Eufemio Uballes (con lic.)
» » Francisco Sicardi
» » Telémaco Susini
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero
» » José Arce
» » J. A. Boeri (Suplente)
» » Pedro Lacavera
» » Enrique Zárate

Secretarios

Dr. P. Castro Escalada (Consejo directivo)
» » Juan A. Gabastou (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» D. S. CAVIA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS (con
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Dermato-sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA (en ejerc.)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY (en ejercicio
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Bacteriología	„ JUAN CÁRLOS DELFINO „ LEOPOLDO URIARTE „ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO „ MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLÉ „ CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	„ JOAQUÍN LLAMBÍAS
Clínica Ginecológica	„ JAIME V. SALVADOR „ TORIBIO PICCARDO
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
» Dermo-sifilopática	„ NICOLÁS V. GRECO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON „ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN „ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET „ MARCELO VIÑAS „ MARCELINO HERRERA VEGAS „ JOSÉ ARCE „ ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI „ LUIS AGOTE
Clínica Médica	„ DAVID SPERONI „ JUAN JOSÉ VITÓN „ RAFAEL BULLRICH , PABLO MORSALINE
Clínica Obstétrica	, ENRIQUE A. PARDO „ ENRIQUE ZÁRATE „ ARTURO ENRIQUEZ „ ALBERTO PERALTA RAMOS „ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS „ MAMERTO ACUÑA „ GENARO SISTO „ PEDRO DE ELIZALDE
» Genito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI „ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	„ JOSÉ BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO (con lic.)
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológia (csegundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2°. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS:

DR. JUAN ANTONIO BUASSO

AMISTAD

A MIS PADRES

AMOR Y RESPETO

A MI HERMANO LEANDRO

CARIÑO

A mis tíos:

JOSÉ ANTONIO EZQUIAGA
MARIANA J. DE EZQUIAGA

GRATITUD Y RECONOCIMIENTO

A los doctores:

LEONIDAS CARREÑO
PEDRO OLAECHEA y ALCORTA
ESTEBAN P. ADARO

DISTINCIÓN

A LOS QUE BIEN ME QUIEREN

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al franquear este soñado dintel de mis aspiraciones de estudiante, término de la primer jornada á paso lento, llegue á vosotros la nota de mi gratitud, y á mis compañeros de estudio, el eco de mi recuerdo cariñoso. Que al desertar de la fila estudiantil, con un girón de vuestro estandarte profesional como bandera, redoblaré el paso y el esfuerzo, por no desmerecer vuestro concepto.

Al desprender mi bajel para surcar con insegura quilla los mares de que sois conquistadores ; al venir en esta hora de suprema aspiración á que me señaléis un derrotero, vuelco notas de afecto para mis maestros ; para los doctores Pacífico Díaz y Félix T. Muñoz por sus enseñanzas y para mi distinguido padrino de tesis, doctor Juan Antonio Buasso, por su gentileza.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DE LA REGIÓN

Abordo intencionalmente y con ciertos detalles la anatomía del etmoides dejando todo lo que me parece supérfluo, porque quiero establecer al propio tiempo que sus importantes relaciones de lugar con senos y cavidades vecinas, la autonomía patológica de que goza en ciertos casos.

Formado por tres partes verticales y paralelas, una media y muy delgada y dos laterales gruesas, unidas entre sí y superiormente por la lámina horizontal, el etmoides presenta á considerar seis caras. La 1ª superior, está en relación con las envolturas cerebrales y cerebro. La 2ª vuelta abajo, forma parte de las fosas nasales. La 3ª dirigida

adelante se articula con los huesos propios de la nariz y la apófisis ascendente de los maxilares superiores. La 4ª, posterior, se articula con el esfenoides. La 5ª y la 6ª, laterales, forman parte de las bóvedas orbitarias.

Las masas laterales de que he hablado anteriormente, están formadas por celdillas ó compartimentos de capacidad variable, tabicados por ténues laminillas óseas y su número oscila entre 8 y 10 por término medio. A pesar de que sus tabiques sean delicados conservan, sin embargo, cierta independencia, desembocando las anteriores en el meato medio y las posteriores en el meato superior. Si este dato fuera fatalmente cierto, facilitaríase el diagnóstico, acerca del cual es el grupo enfermo, pero no sucede así siempre, pues en muchos casos se han visto á las células posteriores ir al meato medio y más raramente aún, pero posible, á las de un lado, desembocar conjuntamente con las del lado opuesto.

Entre este conjunto de células y tabiques que Zuckerkandl ha denominado laberinto etmoidal, se destaca una celdilla mayor á la que Zoja denomi-

nó *promontorio* en 1870 y Zuckerkandl *bulla etmoidalis,* doce años después.

Recordemos que en la cara inferior ó nasal del etmoides—única que describiremos—en la pared interna de cada masa lateral que corresponde á la pared externa de las fosas nasales se encuentra de arriba abajo : El cornete superior ó concha de Morgagni, convexa hacia adentro y limitando hacia afuera el meato superior ; en él desembocan las células etmoidales posteriores y las células esfenoidales. Viene en seguida el cornete medio, mayor que el precedente, limitando el meato medio, en cuya extremidad anterior generalmente está el orificio de desembocadura de las células etmoidales anteriores. Entre estas células, la más notable es la que corresponde al orificio de comunicación : se dirige casi verticalmente hacia arriba dilatándose y se aboca por su base á la abertura de los senos frontales : es *el infundibulum.* Pasando, pues, por delante de las células etmoidales anteriores que desembocan en el mismo meato, es posible como indica J. H. Brian, curetearlas á través del seno frontal abierto sin romper la base del cráneo, cuya pared es mucho más resistente.

El seno esfenoidal comunica ó mejor, está en contacto por su parte anterior y externa con las celdillas etmoidales posteriores, lo que explica la fácil continuidad de los procesos supurativos que generalmente comparten ambas cavidades.

Además en el mismo meato medio, tiene el seno maxilar el ostium del antro de Higmoro.

A nivel de la lámina cribosa del etmoides la pituitaria cierra todos los orificios fraguados en su espesor ; de ello resulta que los vasos y nervios que franquean estos agujeros, encuentran inmediatamente debajo de ellos, la cara profunda de la mucosa y penetran en el espesor de esta membrana. A la altura de la parte media del meato superior la pituitaria envía una prolongación al interior de las células etmoidales posteriores.

No deja de interesarnos la constitución histológica de esta membrana, puesto que hemos de detenernos un instante más tarde, á discutir la etiología é histogénesis de los pólipos nasales, tan frecuentes en la afección que nos ocupa.

Digamos solamente que el dermis de la pituitaria está formado por fibras de tejido conjuntivo y que

su epitelio tiene cilias vibrátiles, lo cual explica la progresión que imprime á todas las infecciones.

Sappey describe magistralmente sus estudios sobre las glándulas de esta mucosa y dice que revisten dos formas : la globular y la ramosa. Ellas son las que producen el mucus nasal, demostrando el error de Ruisquio, que pretendía que las glándulas eran una dependencia del sistema arterial ; de Huske, quien decía eran folículos y de Valentín, que sostenía no eran sino tubos arteriales arrollados en una extremidad.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

El empiema etmoidal no hace excepción á esa ley general que rige á las afecciones crónicas de naturaleza supurativa, por la cual figura en primera línea un proceso agudo como causa originaria. Sin embargo, bien puede—haciendo suyas las causas determinantes de una sinusitis cualquiera—aparecer *d'emblée,* sin haber sido precedida de una faz aguda.

Los corizas agudos que se acompañaron alguna vez de etmoiditis y los corizas crónicos, manteniendo la infección de la mucosa nasal—sobre todo si estas rinitis son purulentas—suelen ser los factores más frecuentes de la sinnsitis etmoidal.

La rinitis atrófica ú ozena, sea cual fuere su

verdadero origen, parece favorecer—sino provocar—el estallido de un empiema etmoidal. Así lo he comprobado yo también en un caso de mi observación personal. Posiblemente la reducción de los tabiques nasales, por reabsorción ósea y el agrandamiento consecutivo de las cavidades y orificios, favorezcan la infección ayudados por la higiene deficiente de las fosas nasales enfermas. Y llegamos á la conclusión de que el *ozena es causa y no resultado* de una sinusitis como antes se creía.

Los traumatismos entran también en línea de cuenta ; golpes dados sobre la nariz y que fracturan ó lesionan el aparato ; cuerpos extraños que irritan ó lastiman las fosas nasales, pueden ser punto de partida del empiema etmoidal.

Supuraciones encefálicas ú orbitarias pueden también propagarse al seno é infectarlo ; lo mismo acontece con los pólipos nasales, que manteniendo un mal estado higiénico de la fosa nasal, favorecen la aparición de una sinusitis.

Vías de infección — Si tenemos presente—como hace notar Lambert—que la mucosa del seno es continuación de la nasal, y que además está pro-

vista de un epitelio cilíndrico vibrátil, fácil nos será concebir la marcha de la infección.

Creo—por mi parte—que si bien la teoría precitada es la más aceptable, no hay razón, sin embargo para descartar los estados supurativos de foco lejano como los causantes—á veces—de una sinusitis etmoidal con infección propagada por las vías vascular ó linfática.

Ahora bien. Raro será el sujeto que en su vida no haya tenido alguna de las afecciones citadas anteriormente, y sin embargo, cuán poco común es el empiema de que tratamos. ¿Por qué ? La respuesta surgirá si investigamos el estado general del sujeto. Es que el segundo término de la ecuación—el terreno—toma aquí el primer lugar y se sobrepone á la infección cuando ésta no le es propicia. Por eso se ven eternizar las sinusitis en los debilitados, escrofulosos y convalescientes.

Solo debo hacer notar aquí—ya que no podemos hacer un capítulo especial sobre patogenia, que el mucus nasal es un filtro del aire que respiramos en el cual se detienen todos los microorganismos que él transporta y que no á ser por sus propieda-

des bactericidas puestas en claro por Wurtz y Lermoyez, las infecciones serían más frecuentes.

Es variada la flora microbiana que ocasiona la sinnsitis, aunque predominan los estrepto y estafilococos, coli, gonococos, etc.

CAPÍTULO III

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La congestión de la mucosa del seno por continuidad de igual proceso de la fosa nasal ó del seno enfermo que la infecte, con secreción de pus ó muco-pus, en el cual hay leucocitos y microorganismos, es la faz primera de la afección.

La mucosa se destruye si la supuración avanza y como al nivel de las células etmoidales, mucosa y periostio están en íntimo contacto, resulta que este último toma rápida parte en el proceso, preparándose así la caries ósea. Y más tarde se irán necrosando los tabiques intercelulares y agrandándose la cavidad infectada, para constituir así un empiema etmoidal de paredes anfractuosas.

L. Picqué y J. Toubert aportan su concurso á la Anatomía patológica diciendo que las autopsias y sobre todo las biopsias demuestran que las lesiones de la mucosa son irremediables; que el etmoides participa siempre por su mucosa y esqueleto, de las afecciones de los senos vecinos; que la supuración persiste ó recidiva mientras quede un foco séptico desconocido ú olvidado, sobre todo si el drenaje es insuficiente.

Pólipos nasales — Raro es no descubrir en los enfermos de sinusitis la existencia de pólipos nasales. Formulada la pregunta: ¿La existencia de pólipos en las fosas nasales, indica supuración etmoidal? Se contestó con una lucha de teorías, ninguna de ellas decisiva. Quien pretendía con Bosworth que los pólipos originaban etmoiditis, en pugna con los que con Casselberry opinaban ser la consecuencia de supuraciones etmoidales.

Para Lambert-Lack los pólipos nasales pueden preceder, coexistir ó ser la consecuencia de la afección sinusal. Y efectivamente, en los tres casos hay pólipos, aunque deben, á mi modo de ver, distin-

guirse los verdaderos de los falsos mixomas de Ruaoult.

No hay para qué describir el verdadero pólipo cuya etiología es tan oscura. Solo recordaré que son voluminosos, pediculados, de color blanco azulino, de superficie lisa y luciente, rompiéndose sin sangrar casi, á la presión.

Los seudo-pólipos de Ruaoult «no son tumores, no son mixomas, sino excrecencias de la mucosa hipertrofiada en sus elementos conjuntivos y edematizada». Son más numerosos, más pequeños, sesiles y como vegetaciones mamelonadas.

El mixoma sería más bien causa y el falso mixoma, consecuencia de la etmoiditis.

CAPÍTULO IV

CARACTERES CLÍNICOS

En la época prerinológica no se conocían más que las sinusitis quirúrgicas, que se manifestaban al exterior, por efracción de las paredes óseas.

Ellas eran excepcionales. Hoy se saben descubrir las sinusitis rinológicas, que se revelan por síntomas atenuados, largo tiempo atribuidos á rinitis crónicas; ellas son más frecuentes.

La sinusitis etmoidal presenta como sus congéneres, una faz aguda y otra crónica. De la primera se pasa insensiblemente á la segunda y á veces sobre la crónica ya establecida la sinusitis aguda aparece como un episodio del largo y viejo proceso supurativo etmoidal.

Un sujeto sano hasta hace poco tiempo, se ha resfriado. Tiene un fuerte coriza con cefalalgia y sensación de plenitud cerebral; estornuda con frecuencia; tiene obstrucción nasal, su conjuntiva se inyecta, sus ojos están dolorosos á la presión, especialmente en su ángulo interno; hay un cierto grado de anosmia, de sordera y de ruidos auriculares. Su estado general está algo decaído... ¿Qué tiene?... «Un fuerte resfrío»—se dice.—Y el resfrío pasa y el enfermo se mejora y todos sus síntomas desaparecen ó se atenúan, hasta que llega un día en que al sonarse halla pus en el pañuelo, en que nota rebelde su cefalalgia y siente dolor al presionar en el ángulo interno del ojo. Si ninguno de las grandes cavidades está enferma, un diagnóstico por exclusión permitirá concluir en una supuración etmoidal ó etmoido-esfenoidal.

No siempre se presenta la afección en ésta forma. Por una cualquiera de sus complicaciones se revela una sinusitis ignorada ú oculta y muchas veces el rinólogo la encuentra sin que el paciente haya acusado ningún dolor, pues éste se suele producir en los casos de empiema cerrado.

Otras veces es un enfermo atacado de sinusitis es-

fenoidal, maxilar ó frontal que ha infectado sus células etmoidales por propagación del pus ya sea á través de los conductos naturales, ya sea por caries ósea.

Sobre estos cuadros ligeramente trazados, debo agregar que á veces se comprueba la disminución de la inteligencia y la memoria, la anorexia, los vértigos, las neuralgias, los epístaxis y diversos fenómenos reflejos.

Clasificación — Según el sitio donde la infección esté localizada, se habla de *empiema etmoidal anterior, posterior ó generalizado* ; y según que el pus, quede retenido ó drene, ya sea por conductos naturales ó brechas abiertas por la cáries ósea, se dice que el empiema es cerrado ó abierto.

CAPÍTULO V

COMPLICACIONES

Indiscutiblemente juega el seno etmoidal en lo que toca á su patología un papel importante en las afecciones de los órganos vecinos, y puedo decir, sin temor de equivocarme, que á no ser por sus complicaciones, el empiema etmoidal fuera molesto pero benigno.

Las complicaciones orbitarias son comunes. El paso del pus, que se abre camino, rompiendo la débil barrera que le opone el ungüis y trayendo una periostitis orbitaria primero ó un flemón ó una verdadera panoftalmia después; ó comprimiendo mecánicamente el nervio óptico produciendo una neuritis incurable con estrechez del campo visual y neu-

ralgia del sopraorbitario; obliterando los conductos lagrimales para originar ó no una fístula interminable ú ocasionando una irido-coroiditis con opacificación del cuerpo vítreo, ó trayendo blefaroespasmo, fotofobia ó astenopia.

Del lado del cerebro y de las meninges, se ven estallar abcesos cerebrales ó sub-durales, dado lo débil de los tabiques que los aislan y de ahí que en un sujeto que padece de supuración etmoidal, aparezcan el día menos pensado, junto con la infaltable cefalea, los vómitos, la obnubilación intelectual, la fiebre, los escalofríos, la bradicardia, la rigidez de la nuca, la anisocoria y las convulsiones traduciendo dicho abceso cerebral que en pocos días terminará fatalmente para el enfermo.

Estos abcesos que no hay que desconocer se caracterizan además por un dolor frontal y ocular que aumenta cuando el enfermo inclina la cabeza hacia adelante, se acompañan de neuritis óptica, de quémosis y edema del párpado y hay exoftalmia, estrabismo y extrema sensibilidad del nervio supraorbitario.

Así como ocasiona abcesos cerebrales, ocasiona igualmente meningitis. Y efectivamente. El sistema

venoso, los linfáticos, las vainas conjuntivales de los nervios, son las vías, por las cuales el pus llega á las membranas del cerebro, aunque no deje de admitirse que su paso á través de ellas se pueda hacer también por una especie de efracción.

Las flebitis de los senos duramaterinos cuya gravedad no admite dudas y los abcesos de la mejilla han sabido, á veces, tener por origen una infección etmoidal.

El pus del empiema etmoidal suele tomar incremento sobre las cavidades vecinas, trayendo muchas veces como epílogo de la afección que tratamos, una polisinusitis etmoido-esfenoido maxïlar.

CAPÍTULO VI

DIAGNÓSTICO

Al presentársenos un sujeto que tiene supuración nasal, procederemos—después de un ligero interrogatorio para orientarnos—á efectuar la rinoscopia anterior.

Si un cornete hipertrofiado, ó la existencia de pólipos, obstaculizaran el examen, introduciríamos un estilete con un tapón de algodón embebido en una solución de cocaina ó cocaina-adrenalina, con lo cual simplificaríamos la investigación.

¿Cual es la fuente del pus ? Si éste se produce en él meato medio, debemos averiguar sino proviene de los senos maxilar ó frontal, antes de pensar en las células etmoidales anteriores, que también desembocan en el mismo meato, porque aquellos no

sólo son los más comunmente afectados, sino también que son los que lo producen en mayor cantidad.

En la sinusitis maxilar, hay generalmente un diente cariado, tumefacción del pómulo, oscuridad del seno á la radioscopia y sale pus al puncionarlo, (pues esta pequeña operación—de que se debe prescindir en lo posible—es á veces necesaria para fijar el diagnóstico).

El seno frontal que también desemboca en el meato medio, podría ser la causa del pus; pero si este seno está silencioso, si no hay dolor en la raíz de la nariz y reborde supraorbitario—que es constante cuando hay retención—si es translucido á la radioscopia, tendremos derecho de pensar en una etmoiditis y tratarla como tal.

El estilete, paseado en estas condiciones, por el meato medio, puede penetrar en una célula etmoidal supurada y Hajeck hace notar que debe tratarse de no confundirla con la rotura de un tabique oseo.

Si el pus viniera del meato superior, trataríamos de establecer el diagnóstico entre una sinusitis esfenoidal y una supuración de las células etmoidales

posteriores. En la sinusitis esfenoidal hay aparición precoz de perturbaciones oculares, neuritis, perineuritis, escotomas, etc., y Castex dice que el pus cae al nasofaring, mientras que en la etmoiditis posterior este derrame es anterior cuando el sujeto está parado y tiene la cabeza derecha. A pesar de ésto, el diagnóstico es difícil en la mayoría de los casos.

Los cuerpos extraños, los tumores malignos y la sífilis nasal con pérdidas grandes de sustancia, podrían complicar en el primer momento el diagnóstico, pero son fácilmente descartables por un examen detenido.

CAPÍTULO VII

PRONÓSTICO

Siempre será reservado, pues ¿quién se atrevería á sostener que no estallarán complicaciones en ese escondido laboratorio de pus, en el que son caprichosas las leyes de su evolución ? La faz aguda podrá esfumarse por completo junto con el coriza originario, como la faz crónica ceder á un curetaje con antisepsia rigurosa ; pero ambas pueden ir de complicación en complicación hasta oscurecer el cuadro con un pronóstico funesto.

CAPÍTULO VIII

TRATAMIENTO

Después de hacer la desinfección de las fosas nasales con protargol, agua oxigenada, etc., extrayendo los pólipos si los hubiera y resecando el cornete, se procederá al tratamiento radical operatorio que tiene por fin : 1º Suprimir toda la mucosa enferma. 2º Curetear todo el hueso atacado. 3º Drenar ampliamente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

I—*Por las vías naturales, ó método intranasal,* de *Grünwald, Baumgarten, Nicolai, Hajeck*—Es la vía más natural y más práctica, porque : *a*) por ella

se diagnostica, se cateteriza y se trata ; *b*) por ella se cura, sea cualquiera la operación ; *c*) porque en los sujetos á fosas nasales amplias, se opera fácilmente.

¿Es por ello la vía más fácil ? No. Porque es difícil hallar un sujeto de narices amplias y cornetes pequeños y porque además podemos tener obstáculos, como ser, la cabeza del cornete inferior, la cabeza y el cuerpo del cornete medio, los pólipos tan frecuentes, ó la atresia misma de las narinas.

Aplicación — Se usará en las etmoiditis recientes y en las circunscriptas al grupo posterior y más aún si está acompañada de sinusitis esfenoidal.

Anestesia — Puede usarse la general, pero basta colocar un tapón con cocaína-adrenalina dejándolo diez minutos.

Operación — Después de efectuar un buen lavaje antiséptico, resecado el cornete inferior si estuviera hipertrofiado ó extraído los pólipos si los hubiera, se introduce en el meato superior la pinza cortante de Grunwald y se destruye el laberinto.

Una vez efectuado este primer tiempo operatorio se introduce por el mismo camino una cureta larga y acodada que se pasa varias veces suavemente, pues de no hacerlo así, riesgaríamos penetrar por arriba en el cerebro ó por afuera en la órbita.

Si como es de regla, hubiera una sinusitis esfenoidal concomitante se puede operar como indica Hajeck, introduciendo el gancho etmoidal primeramente derecho al seno esfenoidal, después se lo da vuelta hacia afuera y se entra en el etmoides por su pared interna. Por un golpe seco, se arranca así un pedazo del seno etmoidal. Se quitan los trozos arrancados, con una pinza nasal, ó pinza ósea de Grunwald ó Hartmann. El servicio que para este acto operatorio da el gancho, es inmenso é irreemplazable.

La hemorragia es siempre moderada.

Se introduce después varias veces un tapón de algodón montado en un estilete y empapado en agua oxigenada y adrenalina. Luego se tapona con la gasa iodoformada.

Es conveniente también hacer después de las primeras veinticuatro horas, una cauterización con el No^3Ag al 5 por ciento, introduciéndolo con un tapón

de algodón que se deja 5 minutos. Estas curaciones se repetirán durante varias semanas, haciendo una cada cuatro ó cinco días, siendo seguidas de una nueva cauterización y de un nuevo taponamiento.

II—*Método extranasal ú orbitario, de Grunwald, Kunt, Stéwart, Goris, Roualt, Röhmer, Luc, Laurens, Knap, Chippault, etc.*

Aplicación — Se aplica en las etmoiditis localizadas al grupo anterior y en las generalizadas y no hay que dudar en ejecutarla si existe una sinusitis frontal ó fístula orbitaria, combinándola con la operación de Luc.

Anestesia — Se hará la local con cocaína como indican Picqué y Toubert para evitar el reflejo de origen nasal y enseguida se cloroforma.

Operación — 1º Incisión cutánea : Se hace en forma de 7 (derecho ó dado vuelta ⅂ según el lado derecho ó izquierdo). La rama horizontal está en la ceja, y la vertical sigue primero el borde interno de la base de la órbita después el surco for-

mado por la nariz y la mejilla cortando todo hasta el hueso en la parte vertical, pero no en la rama horizontal de la incisión.

2º *Desprendimiento del periostio* — Para la rama vertical de la incisión, la decorticación á la rugina del labio interno se detendrá hacia la órbita, en el saco lagrimal ; hacia la mejilla, en el punto respondiendo á la prolongación de la línea de la raíz del canino. Para la rama horizontal de la incisión, circunscribir, por dos golpes de bisturí cortando en un arco cóncavo hacia arriba, el otro un arco cóncavo hacia abajo, el borde cortante de la base de la órbita á fin de dejarlo recubierto de su periostio ; liberar enseguida encima y debajo del reborde orbitario cerca de la cabeza de la ceja solamente y poner bien á desnudo la sutura del frontal con el hueso nasal y aquella parte del frontal con el ungüis.

III—*Resección ósea definitiva ó temporaria*—Si la resección debe ser definitiva, ella gana rapidez al ser hecha con gubia partiendo del reborde cortante del orificio piriforme ; el hueso es friable lateralmente y duro arriba. En este caso y fatalmente

la operación abre anchamente la fosa nasal. Si la resección debe ser temporaria, lo que es preferible, es necesario reparar la línea de sección ósea. Este reparaje se hará con el perforador, en los puntos siguientes : sutura fronto-nasal ; sutura fronto-maxilar ; depresión precanina. Estos puntos perforados serán reunidos con ayuda del serrucho circular movido por electricidad ó sea simplemente con tijera y martillo. Un golpe de tijera complementario hará la disyunción de la sutura uniendo entre ellos los dos huesos propios de la nariz.

Si dirigiéramos durante la operación, la cureta hacia abajo y atrás, cedería la delgada pared del seno esfenoidal y podríamos curetearlo y drenarlo también.

Es conveniente siempre que intervengamos por esta vía hacer la contrapunción nasal, pues así se drenaría más fácilmente la anfractuosa cavidad del seno etmoidal.

III—*Vía paranasal* — Michaux de Louvain, Chassaignac, Ollier, Gussenbauer, Baeckel, Chalot, Rafín, Moure, Killian.

Se tapona el cavum nasal ; se incinde sobre uno

de los límites laterales de la nariz las partes blandas hasta llegar al hueso propio, se hace en éste una brecha y se curetea por ella, las células etmoidales.

He indicado en el curso del presente capítulo la aplicación de los dos primeros métodos. En cuanto al último, le hallo la ventaja de hacer luz sobre la herida, pero el grave inconveniente de no respetar la estética que tanto consulta hoy la cirugía moderna.

Buenos Aires, Julio 17 de 1911.

Nómbarse al señor Consejero doctor Telémaco Susini, al profesor en ejercicio doctor Eliseo V. Segura y al profesor suplente doctor Rodolfo Enriquez, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Agosto 14 de 1911.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2407 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial objetivo de los sinusitis.

T. Susini.

II

Tratamiento endonasal de la sinusitis frontal.

E. V. Segura.

III

¿Cuál es el tratamiento de elección en la sinusitis frontal?

Rodolfo Enriquez.